

El hospital, el cuerpo y la clínica psicoanalítica: materiales para una discusión

The hospital, the body and the psychoanalytic clinic: materials
for a discussion

Francisco Pisani*

Resume

El presente artículo propone una discusión sobre la clínica psicoanalítica en el hospital, problematizando el lugar de la escucha y la mirada, en relación al cuerpo y al sujeto que padece una sintomatología de orden psíquico. A través de un caso, se ubican ciertas coordenadas de intervención en el contexto multidisciplinario, para reflexionar sobre el cruce entre clínica psicoanalítica y el hospital.

Palabras clave: hospital, escucha psicoanalítica, cuerpo, síntoma.

Abstract

This paper proposes a discussion on the psychoanalytic clinic at the hospital, discussing the place of listening and looking, in relation to the body and subject suffering from psychological symptoms. Through a case, certain coordinates are placed in the context of multidisciplinary intervention to reflect on the intersection between psychoanalytic clinic and the hospital.

Keywords: hospital, psychoanalytic listening, body, symptoms.

* Psicólogo clínico, Magíster en Psicología Clínica Universidad de Chile. Miembro del Centro de Estudios e Investigación en Psicoanálisis Lacaniano de Santiago de Chile.

La clínica de la mirada

En la “Lección de anatomía del profesor Tulp” (1632) Rembrandt propone una escena. Emergiendo desde un fondo oscuro, el profesor Tulp enseña bajo una mirada escudriñadora los secretos de la anatomía a sus estudiantes, atentos a la enseñanza de su maestro. La mirada cobra todo su protagonismo, es una mirada sobre el cuerpo diseccionado, como también de los libros de anatomía dispuestos para ser leídos. Para Foucault (2003), la mirada se inscribe en el nacimiento de la clínica, una mirada que recorre los cuerpos, sus superficies, escrutando, describiendo, produciendo un saber sobre la enfermedad. Es un cuerpo desplegado como campo sobre el cual se ensaya una semantización de los pliegues, superficies y espacios. La “Lección de anatomía”, a su vez, despliega el movimiento de la transmisión de la experiencia de “la anatomía patológica” que deviene en discurso científico, discurso médico. Se trata de la narración de los secretos ocultos del cuerpo a los aprendices, por parte de la autoridad del enseñante.

La medicina moderna ha fijado su nacimiento a finales del siglo XVIII reflexionando sobre sí misma, operación que instala, como nos dirá Foucault, una modestia eficaz de lo percibido. Modestia que no respondería a una actitud de deshecho o de recriminación de la teoría, sino más bien a un movimiento que coincide con una mirada que se detiene en el sufrimiento del hombre. La mirada del clínico se sitúa ante la percepción del color, las manchas, la dureza, las superficies del cuerpo. Es el ojo quien deviene en depositario y fuente de la claridad que permitiría traer a la luz la verdad. No habría división entre teoría y experiencia, la formación del método clínico está vinculada a la emergencia de la mirada del médico en el campo de los signos y síntomas.

En la tradición médica del siglo XVIII, la enfermedad se presentaba al observador de acuerdo con síntomas y signos. Los unos y los otros se distinguen por su valor semántico, así como por su morfología. El síntoma es la forma bajo la cual se presenta la enfermedad: todo lo que es visible, él es lo más cercano a lo esencial; y es la primera transcripción de la naturaleza inaccesible de la enfermedad. Tos, fiebre, dolor de costado y dificultad para respirar, no son la pleuresía misma —ésta no se ofrece jamás a los sentidos— “no

revelándose sino bajo el razonamiento”– pero forman su “síntoma esencial” ya que permiten designar un estado patológico (por oposición a la salud), una esencia mórbida (diferente, por ejemplo de la neumonía) y una causa próxima (una difusión de seriedad). Los síntomas dejan transparentar la figura invariable, un poco retirada, visible e invisible, de la enfermedad [...] El reconocimiento de sus derechos constituyentes [de los signos y síntomas] acarrea la desaparición de su distinción absoluta y el postulado de que, en lo sucesivo, el significante (signo y síntoma) será enteramente transparente para el significado que aparece, sin ocultación ni residuo, en su realidad más maquinal, y que el ser del significado –el corazón de la enfermedad– se agotará entero en la sintaxis inteligible del significante. (Foucault, 2003, p.132).

La medicina aparece, bajo el recorrido arqueológico, como producto de condiciones históricas determinadas que definen el campo de sus experiencias posibles, sus prácticas y racionalidad. La ciencia supone un campo privilegiado para el conocer, operación que requiere como núcleo central a un sujeto que permitiría la visualización del territorio de la verdad. Nos encontramos ante la identidad pura entre el sujeto y lo que conoce. El sujeto es el centro indiscutido de todo conocimiento, y sólo gracias a él, como consecuencia lógica, será posible el acceso a la esencia de lo que se llamará enfermedad.

En esta relación diádica de sujeto-objeto, relación médico-paciente que reproduciría la lógica de las ciencias de la naturaleza –situación, como hemos visto, signada por la transparencia de la relación–, es donde aparece una alteridad radical. Emergería la presencia de un tercero, que no es más un cuerpo y sus anomalías, sino una escena bajo el signo de las alteraciones de orden conductual y psíquico. Así, de la medicina se funda una nueva disciplina que atenderá el campo de los alienados, los locos, los anormales.

La clínica inaugurada a partir de la mirada del médico a los cuerpos de los enfermos, se desplazó a la exploración de los contenidos de la conciencia. Con la posibilidad de pasar del signo observado al síntoma referido, la experiencia subjetiva toma valor diagnóstico. No basta ya con las conductas, sino que aparece un nuevo actor, un sujeto, un padecer de orden psíquico; cambio epistemológico que sumó complejidad a la experiencia patológica. Se trataría de un pasaje que va del campo de la mirada al campo de la palabra.

La nueva disciplina que se ocupará de ese otro campo de la enfermedad será bautizada como psicopatología. Ésta se propuso como tarea abarcar las diversas formas de la locura y fue posibilitada, en parte, por el dispositivo del asilo. Encontramos aquí la evolución de aquello que a partir del siglo XIX sentará las bases de un discurso que se preguntará por los signos y síntomas de la enfermedad mental. El cuerpo del anormal será separado y puesto a disposición de la medicina tras los muros del manicomio. En este sentido la psicopatología, en su fundamento, supone que en la descripción acuciosa de los aspectos comunes y las diferencias de los alienados podrían hallarse cuadros susceptibles de ser agrupados, comprendidos, explicados y tratados.

El efecto del trayecto del espíritu de la razón es el surgimiento de los anormales, los marginados, los insanos, que agrupadas bajo el nombre genérico de locura, se fragmentará en una variedad de formas sintomáticas psicopatológicas y entidades nosográficas: alucinaciones, delirios, obsesiones, manías, cuyo esplendor se alcanza en los tratados de las distintas escuelas psicopatológicas de finales de siglo XIX. Para el siglo XX la fenomenología toma el relevo de la psicopatología descriptiva, dando un nuevo fundamento epistémico al problema. La obra de Jaspers (2006) sistematiza y ordena el saber acumulado a la fecha, y brinda un fundamento teórico a la experiencia clínica. A mediados del siglo XX la estadística y el pensamiento sustentado en la pretensión de lo “a-teórico” toma fuerza como posibilidad de acuerdos y convenciones mundiales, conocidas bajo las formas de los manuales diagnósticos.

El psicoanálisis se inscribe en tensión con la clínica y la psicopatología de su época. No rompe con ella, ni se suma por completo. Conservará, transformará y producirá algunos de sus conceptos: diagnóstico, síntoma, melancolía, delirio y psicosis, entre otros, proponiendo un discurso teórico novedoso y una práctica clínica que le es propia. Así, Freud, como descubridor de la etiología sexual de las neurosis y las operaciones psíquicas implicadas en la formación de síntomas, aportará una nueva aproximación al acervo psicopatológico.

Del hospital y del cuerpo en psicoanálisis

El hospital es el campo clínico propio y privilegiado de la medicina, en cuya lógica opera un saber sobre el organismo ligado a la mirada, lo que supone una relación y una concepción del cuerpo. A diferencia del discurso psicoanalítico, el médico supone al paciente en posición de objeto, un objeto recostado para ser intervenido en su organismo en vista a lograr su bien: la recuperación y la rehabilitación en el registro de la salud. Sin embargo, encontramos en la etimología de la palabra 'hospital', del latín *hospes*, un origen que permite pensar otra relación entre sujeto y cuerpo, en cuanto nos remite a 'huésped'. Esta palabra porta cierta solidaridad con hospedar, algo del orden del *pathos*, un cuerpo que sufre, un sujeto que padece de su cuerpo.

El cuerpo del que el psicoanálisis se ocupa, a pesar de que no existe una teoría específica del mismo, si se puede rastrear en la relación fundamental que establece Freud entre cuerpo y síntoma. Esta relación se haya desde el nacimiento del psicoanálisis, justamente en el punto de imposibilidad del discurso médico de intervenir en un sufrimiento que no respondía a la "anatomía" conocida. Esto es, la histeria conversiva.

Freud descubre que la palabra no solo sirve a la comunicación, sino que a su vez tiene efectos en el sufrimiento del sujeto, como un padecer encarnado en la corporalidad, articulando, de esta manera, lo psíquico y lo corporal de una manera inédita. La palabra ocuparía no sólo un lugar central en esta articulación, sino que al mismo tiempo comportaría un poder que se constata a través de sus efectos: los de levantar la sintomatología psíquica.

Cabe la pregunta por ¿cómo dar lugar a una concepción psicoanalítica del cuerpo en el hospital público, y la relevancia clínica que podría tener para la cura de un sujeto afectado por un padecer?

Caso M: El cuerpo y el síntoma

Un paciente hospitalizado debido a una afección en su organismo, que requiere de tratamiento y rehabilitación bajo el modelo médico, y el que

fracasa porque su fundamento se halla en otra área: ése es el lugar propio para la escucha analítica. M. tiene 3 años, no se alimenta por boca, se estudia medicamento, se descubre que no hay impedimento físico para ello, sino que la causa se encuentra en otro registro, distinto a la biología. Es ahí donde la posición analítica permite el inicio de un tratamiento que contemple una lectura de ese padecer, y una manera de hacer con ello.

Con poco más de un año y medio M. tiene un accidente, cae del tercer piso de su casa. Las circunstancias en que sucedió no son claras, al parecer estaba con su padre. Tuvo como consecuencia un TEC grave, craneotomía, una hemiparesia fasciobraquiocrural y trastorno de alimentación, requiriendo sonda nasogástrica para alimentarse. Después de varios meses en un hospital general, llega a una institución para ser hospitalizado con el objetivo de su rehabilitación.

Luego del accidente la madre lo entrega adopción, refiere a la trabajadora social que “no lo quiere”. Las razones que argumenta es que tiene seis hijos más y una hermana melliza de él. En ese momento se estaba separando del padre debido a que M. y su hermana fueron producto de una “aventura” que tuvo la madre. Se hicieron los trámites para que pudiera ser susceptible de adopción.

Cuando M. llega al hospital, hace más o menos un año, se observa inmóvil, muy poco contactado con el medio y poca respuestas a los estímulos.

La fonoaudióloga y la terapeuta ocupacional son las profesionales que piden apoyo a la unidad de psicología, debido a las conductas que presenta. No recibe alimentos por boca. Se niega a comer, no existiendo razones médicas para ello, razón por la cual se alimenta con una sonda nasogástrica. Según lo relatado por sus tratantes tiene conductas agresivas con los terapeutas que no parecieran tener un patrón, las que se describen como desorganizadas. Golpea con manotazos que parecen inmotivados a los otros.

Un primer acercamiento fue acompañar a los tratantes, especialmente a la fonoaudióloga. M., luego de probar algunas cucharadas, se negaba a seguir comiendo, como un intento de decir que no a ese Otro. Ante la insistencia y las múltiples estrategias aplicadas por la fonoaudióloga, M. se enoja, golpea,

mira para el lado como haciendo un desaire. Él toma la cuchara y transfiere la comida de un plato a otro. Introduce la cuchara en su boca y acumula la comida allí, para luego botarla. Limpia los restos de comida repartidos en su mesa, lo que acompaña diciendo 'botó'. Son lo que parecieran ser distintas variantes para no recibir el alimento de un Otro. Se intenta que él elija qué comer presentándole varias alternativas, no come lo suficiente para suspender la sonda nasogástrica. El médico tratante propone que si no se alimenta por boca se realizará una gastrostomía, lo que implica una operación para que el alimento pase directamente a su estómago.

Una de las primeras estrategias con M. fue invitarlo a trabajar en el box, para diferenciar esta intervención de la serie de "otros" que circulan, como los niños, los padres de otros niños y los tratantes que pasan frente a él. De este modo se marcó un lugar y un tiempo estable.

En el box realizo una apuesta de presentar a un Otro distinto, al desmarcarme de los tratantes que demandan que realice ciertas actividades de orden terapéutico, de rehabilitación física y de alimentación por boca.

Esponáneamente M. señala con su dedo una caja de juguetes, se la acerco, saca los juguetes uno por uno y los tira al suelo hasta vaciar la caja. Dice 'botó'. Señala otra caja con juguetes, le pregunto si quiere la caja con juguetes, sólo apunta con el dedo, realiza la misma operación. Esta vez, cuando la tira al suelo, uso un semblante de preocupado y recojo cada juguete con mucho cuidado, los limpio, y los dejo con delicadeza sobre el escritorio. La caja queda vacía, le digo: 'la caja esta vacía'. La toma, introduce su cabeza en ella y balbucea fuerte, llena el vacío con su voz y su cabeza. Señala los juguetes que dejó en el escritorio, le pregunto: '¿quieres los juguetes?' Sólo señala, se los entrego uno por uno y los guarda en la caja. Los vuelve a lanzar al piso, dice "botó". Intervengo: 'Si, M. bota los juguetes'. Este dicho se orienta a situar un Otro con mayúscula en un intento de encadenar el significante 'botó'. Un S_1 con un S_2 , es decir, articular ese significante amo en un discurso. Corto la sesión.

La segunda sesión me sorprende que al ir a buscarlo a la sala pareciera sonreír y mostrarse contento de que fuera por él; es una diferencia a su *facies hipomímica* habitual.

Comienza a sacar juguetes y pareciera que los va tirar al piso. Esta vez le digo 'dame'. Me los pasa en la mano, a cada uno de ellos los nombro, y juego hasta dejarlos en el escritorio. Si es un auto digo 'es un auto', con sorpresa y con su respectivo sonido. M. observa y continúa. Se encuentra con una cuchara, la toma, hace un sonido similar a un suspiro, y con decisión juega a comer de un modo muy serio. Visualiza una olla, llena la cuchara con el contenido imaginario y come con dedicación. Comienza a golpear con fuerza la cuchara con la olla, cada vez más fuerte, me mira y golpea, va a tirar la olla, le digo 'dame', me la pasa y la dejo en el escritorio. Tira los otros juguetes, ofrezco mi palma para que me los dé y me golpea con ellos. Pongo semblante de dolor: 'Ay, me duele', se ríe, muy serio le digo: 'eso me duele'. Tira al piso los juguetes y dice 'botó'. Los recojo y digo: 'con cuidado'. Acaricio un juguete con forma de niño, se lo acerco, lo toma, lo muerde y lo tira al piso. Lo tomo cuidadosamente y lo dejo en el escritorio. Corto la sesión. Este corte responde al intento de interrumpir ese goce de 'botar' los objetos. Para M., al parecer, los objetos solo pueden ser botados, lo que podría responder a algo del orden de lo traumático y de la repetición de la escena de *ser 'botado'*.

En el trayecto de la tercera sesión dice 'mamá', ya en la sesión repite el juego de sacar los juguetes y me los pasa en la mano. Se encuentra con los juguetes de cocina, se los mete a la boca, los muerde fuerte, grita mientras los muerde, se excita, los golpea. Esta relación al objeto comida pareciera ser el lugar donde la relación al Otro se ve atravesada por un punto inasimilable. Aquí se juega algo del orden de lo real, en cuanto el registro de la necesidad y su inscripción pareciera alterado, y así también la demanda, que debe pasar por el Otro. En el *Seminario V*, Lacan se pregunta: "¿Qué es la demanda? Es lo que, de una necesidad, por medio del significante dirigido al Otro, pasa." (2004, p.90). Es decir, que la alimentación no pertenece exclusivamente al campo de la necesidad sino también al de la demanda y al del deseo. Se trata de una necesidad que debe pasar por el Otro. Pero se trata también de un rechazo al Otro, aunque éste no sea total. El no aceptar la comida como a su vez el botar cada objeto, pareciera responder a una lógica, a una suerte de operación que consiste en expulsar al Otro. Sin embargo, dará muestra de que es susceptible a la palabra en el marco de la transferencia.

Está con tos, lo imito en función de espejo, se ríe, le digo 'M., estás enfermito'. Comienza a golpear su cuerpo de modo repetitivo, pudiendo hacerse daño. Enérgicamente le digo 'M. ¡no!'. Se calma e inicia un juego nuevo, me señala con su dedo la caja de un piano de juguete, toma una jirafa pequeña y la introduce dentro de ella. Se sorprende, exclama 'oh', la saca y la vuelve a insertar varias veces, lo que daría cuenta de la función de lo simbólico. A través de este juego se manifiesta el umbral de lo simbólico, del juego de presencia y ausencia que evoca la función del *fort-da* freudiano. Cuando termina su juego corto la sesión. Lo voy a dejar a su sala y se despide con un beso sonoro. Su gesto provoca sorpresa. Le devuelvo el beso.

En las semanas siguientes cuando me ve pasar cerca de él apunta con su dedo hacia el box, lo que pareciera ser algo del orden de la demanda, lo que leo como la instalación de la transferencia. M. demanda ir a su sesión.

Una vez instalada la transferencia, paso a un negocio a comprar con él algo para beber, unas galletas, un chocolate, algo crujiente y sonoro, al inicio de cada sesión. En medio de ésta, cuando no me esta mirando, comienzo a comer con deleite, pero para mi mismo. En un comienzo sólo me mira y luego sigue jugando. Al paso de las sesiones comienza demandar que le de, apuntando con el dedo, a lo cual respondo 'es mi comida, tu tienes la tuya'. Esta intervención apunta a hacer operar un deseo, es decir, que se pueda instalar una falta en él. El resultado a lo largo de las semanas es que comienza a comer.

En el transcurso de las semanas, M. come, retiran la sonda por la cual se alimentaba, y demanda su alimentación. Es decir, pasa del rechazo al Otro a una demanda al Otro. Hasta aquí el caso.

Este campo descubierto por Freud, en el que falla la clínica biomédica, es el lugar privilegiado para la escucha del sujeto. En el terreno hospitalario dar lugar a esa escucha –si se quiere lectura– no sólo implica dar lugar a su discurso, sino también intervenir, alojar al equipo de tratantes en relación a ese sujeto singular. Así, proponer estrategias de abordaje con el equipo, que se orienten desde una ética y una aproximación a lo real, es también parte de la posición analítica. En el caso M. se acompañó al equipo en una lectura de la sintomatología del paciente que excedía por mucho al orden de la conducta

observable, para inscribirse en un registro mucho más fundamental: su manera única de relación al Otro. Vale decir, ser un desalojado, un rechazado por el Otro. A través de las discusiones clínicas con el equipo se fueron tomando estrategias y potenciando intervenciones que contemplaban esta hipótesis de trabajo.

La invención de un lugar

La posibilidad de intervenir desde una posición analítica como parte de un equipo multidisciplinario en un hospital, comporta el desafío de otorgar una escucha de la singularidad del sujeto. La posibilidad de alojar aquello único a través del dispositivo de la transferencia. De este modo, acompañar en la lectura/escucha del cuerpo que habla, a través de su sintomatología –aquella que se ha ido construyendo a partir de la lógica de la transferencia– es lo que permitirá la intervención psicoanalítica. De esta manera, la construcción del dispositivo supone algo del orden de la invención, en cuanto no está asegurado de antemano. Para Lacan la invención se diferencia de la creación, pues la primera no es *ex nihilo*, requiere de un terreno previo, así en el *Seminario XVIII* refiere: “Si se inventa, es en el sentido en que la palabra *invención* quiere decir que se encuentra una buena cosa ya bien instalada en un rinconcito, en otras palabras que se hace un hallazgo. Para hacer un hallazgo, se necesitaba que esto ya estuviera bastante pulido, limado ¿por qué? Por un discurso”. (2009, p 46).

Esto es la posición analítica, no se identifica con ningún ideal de sanación, ni con la institución y su discurso salutífero. Habría que inventar en el hospital un lugar que no existe para el psicoanalista, porque como no existe el título de este, no existe tampoco su perfil de cargo. Así Lacan (2004) refiere que como “la mujer no existe”, el psicoanalista tampoco, es uno a uno. Sin embargo, lo que sí hay, son actos analíticos y sus efectos.

El campo biopsicosocial, que es el modelo de tendencia creciente en el servicio público, comporta una protocolización de las prácticas clínicas, que puede pensarse como el descrédito creciente de la palabra en la época. El

empuje burocrático de la institución inunda todas las áreas y las relaciones, lo que implica una orientación por lo universal, supone el ideal, que admite, llevado a su extremo, la lógica de lo totalitario. Esto es, todos iguales y la eliminación de toda diferencia.

En el campo de la salud mental, esto supone cierta homogenización, un ideal de adaptación que está al servicio del poder, del control y de las políticas públicas. El psicoanálisis sospecha del “para todos iguales” y devela la inoperancia de esta pretensión. Él sostiene una práctica del uno a uno, del caso a caso, lo que es salud para uno no lo es necesariamente para otro. El ideal del éxito terapéutico, del bienestar, de la ausencia de conflicto, es un imposible a realizar y la clínica enseña la existencia de un resto imposible de ser tomado por el significante. El psicoanálisis tiene algo incómodo, un doble trabajo, porque hay que inventar cada vez con cada caso, en cuanto no procede con la norma, con el ideal, con los protocolos. Sin embargo, sí hay principio orientadores y una ética. Lo que no implica un desprecio, una negación de las reglas, sino un saber hacer con ello y la institucionalidad.

¿Cómo pensar y sostener una práctica clínica en el hospital orientada por una ética que permita alojar algo del orden del deseo, cuando su terreno propio es el organismo y su enfermedad, favoreciendo así una clínica que se oriente por lo real? Es posible constatar en las instituciones de salud públicas –no en todas, pero las que se sitúan desde la lógica del “para todos iguales”–cómo estas rechazan pacientes que no se adaptan a los protocolos, o sea, aquellos que no cumplen el perfil. Cabe la pregunta por ¿cómo crear instituciones que respondan a la lógica del deseo, que se sitúen como un Otro barrado que permita alojar esa singularidad? Es posible pensar que dar lugar a la falta-en-ser en el Otro es lo que permite el surgimiento del deseo. La posibilidad de un Otro barrado es lo que puede producir una pregunta para el sujeto, en cuanto pregunta y deseo se anudan para producir algo del orden de lo nuevo, de lo inédito y su máxima diferencia.

Uno de los desafíos más complejos a trabajar con el equipo, es el poder diferenciarse del ideal salutífero, del *furor sanandi*, para desde la posición analítica ofrecer un lugar otro, que permita el desarrollo de una demanda de tratamiento que se oriente hacia un más allá del organismo. Esto es construir

en el dispositivo clínico un síntoma bajo transferencia.

En el caso de un hospital de niños implica de un modo más evidente articular el trabajo con los padres y aquellos que ocupan ese lugar cuando los hay. Un cuerpo afectado por una enfermedad, un traumatismo en lo real, implican una vivencia compleja que no necesariamente deviene en una experiencia. Esto vale no sólo para el paciente, sino también para los padres, e incluso con el equipo cuando los casos tienen un alto impacto que engancha con la propia angustia de los tratantes. Que devenga en experiencia significa que ese acontecimiento en lo real del cuerpo pueda ser hablado, rodeado, dar los primeros pasos para que no sólo se intervenga el organismo, sino que el sujeto sea alojado, hospedado, más allá de la situación vital en juego, y albergar la posibilidad de que el equipo, desde su diferencia, también pueda leer algo del caso más allá de los protocolos, y aproximarse así a la invención de un saber hacer nuevo para cada sujeto.

Referencias

Barros, Marcelo. (2009). *Psicoanálisis en el Hospital. El tiempo del tratamiento.*

Buenos Aires: Grama.

Foucault, Michel. (2003). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada.*

Buenos Aires: Siglo XXI editores Argentina.

Jasper, Karl. (2006). *Psicopatología general.* México: Fondo de la cultura económica.

Lacan, Jacques. (2004). *Las Formaciones del Inconsciente. El seminario 5.*

Buenos Aires: Paidós.

Lacan, Jacques. (2009) *El seminario 18. De un discurso que no fuera del semblante.*

Buenos Aires: Paidós.

Lacan, Jacques. (2004). *Aun. El seminario 20.* Buenos Aires: Paidós.

Laurent, Eric. (2000). *Psicoanálisis y salud mental.* Buenos Aires: Tres haches,

Naparstek, Fabián y col. (2005). *Introducción a la clínica con toxicomanías y alcoholismo.* Buenos Aires: Grama.